



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnummer: 29

Leveringsfrist: 23.02.12. kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Veileder : Gjertrud Husøy

Antall ord: 7423



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

**Hva nå?
Livet etter infarkt.**

Bacheloroppgave i sjukepleie, Stord, 2011
Kull 2009

Nøkkelord:
Hjerteinfarkt, informasjon, sykehus

Sammendrag

Tittel: Hva nå? Livet etter infarkt.

Bakgrunn for valg av tema: Årlig utskriver omtrent 15 000 pasienter med diagnosen akutt hjerteinfarkt. Flere kilder påpeker at pasienters informasjonsbehov ikke blir godt nok dekket mens de er innlagt, og at dette får konsekvenser for pasientens videre liv.

Problemstilling: Hvordan kan god informasjon i sykehus bidra til et bedre liv etter hjerteinfarkt?

Oppgavens hensikt: Belyse pasienters behov for informasjon etter hjerteinfarkt og hvordan sykepleier kan ivareta dette behovet, med fokus på å bidra til et godt liv for pasienten.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Søk etter forskningsartikler er gjort i CINAHL, Ovid Nursing, ProQuest, ISI Web of Science, Vård I Norden og Sykepleiens fag – og forskningsarkiv. Mest brukte søkeord er: *information needs, myocardial infarction* og *hospital*. 4 artikler er tatt med i oppgaven, hvorav 2 av studiene er gjort i Norge.

Resultater: Pasienter er stort sett fornøyd med informasjonen i sykehus, men ønsker mer individuelt tilpasset informasjon. Informasjonen i sykehus får stor betydning for pasienters liv etter hjerteinfarkt.

Oppsummering: Etter hjerteinfarkt har pasienter et stort informasjonsbehov. Forskning viser at pasienter etter utskrivelse fra sykehus opplever manglende kunnskaper om sykdommen, som kan få konsekvenser for hverdagen deres etter infarkt. Å sette seg inn i pasientens opplevelser av situasjonen er av stor betydning for å kunne imøtekomme og ivareta pasienters behov for informasjon mens de er innlagt i sykehus.

Summary

Title: What now? Life after an AMI

Background: Every year 15'000 patients are discharged from Norwegian hospitals with an acute myocardial infarction diagnosis. It has frequently been claimed that patients' information needs are not adequately taken care of by health care providers, consequently reducing both their quality of life and chance of coping with the disease.

Issue: How can nurse comply with patients information needs during their hospital stay, thus enhancing quality of life following acute myocardial infarction?

Aim: To explore the patients' information needs following acute myocardial infarction, and how this can be taken care of by nurses, with focus on dealing with the disease and attaining high quality of life following discharge from the hospital.

Method: This article is based on a non-systematic review of articles identified through searches in CINAHL, Ovid Nursing, ProQuest, ISI Web of Science, Vård I Norden and Sykepleiens fag – og forskningsarkiv. I have used the query “information needs AND myocardial infarction AND hospital” and included four original studies, two of which have been conducted in Norway.

Results: Patients are usually satisfied with the information given at the hospital, but want the information to be given in a more personalized form. The information is of great importance for patients' coping abilities after AMI.

Conclusion: Following AMI patients require a lot of information. Research shows us that patients experience a lack of knowledge about the disease, which may largely affect their everyday life after an AMI. Understanding the patients' conception of their own disease and new situation in life is of greatest importance in order to comply with and protect their needs for information while hospitalized and preparing them for discharge.

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	1
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG, AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4 MÅL MED OPPGAVEN	2
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	2
2 TEORI	3
2.1 SYKEPLEIETEORI	3
2.1.1 Lidelsen	3
2.1.2 Å finne mening og mestre sykdom	3
2.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon	4
2.2 HJERTEINFARKT	4
2.2.1 Om akutt hjerteinfarkt	4
2.2.2 Sykepleie ved hjerteinfarkt	5
2.3 AKUTT KRITISK SYKDOM	6
2.4 PASIENT – OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN	7
2.4.1 Pasientinformasjon	7
3 METODE	9
3.1 DEFINISJON AV METODE	9
<i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	9
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	10
3.3 FREMGANGSMÅTE FOR SØK	10
3.4 METODEKRITIKK	11
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	11
4 RESULTAT	13
4.1 SAMMENDRAG AV ARTIKLER	13
4.1.1 "A qualitative study of the information needs og acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up after discharge"	13
4.1.2 "Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study."	14
4.1.3 "Information needs of myocardial infarction patients."	14

4.1.4 "The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction"	15
5 DISKUSJON	16
5.1 ULIKT INFORMASJONSBEHOV NÅR HJERTEINFARKTET RAMMER	16
5.2 Å GI INFORMASJON I SAMSVAR MED DEN SYKES BEHOV	18
5.3 SYKEPLEIEFAGLIGE IMPLIKASJONER	20
6 KONKLUSJON.....	22
REFERANSER.....	23
VEDLEGG 1	25
VEDLEGG 2	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er pasienter som har gjennomgått ett akutt hjerteinfarkt, og deres informasjonsbehov før utskrivelse fra sykehus. I følge Statistisk Sentralbyrå (2011) er hjerte – karsykdommer den vanligste dødsårsaken i Norge. Tall viser at 37 % av alle dødsfall i Norge i 2010 skyldtes hjerte – karsykdommer, noe som utgjør den største gruppen av alle dødsårsaker. Årlig utskrives omtrent 15 000 mennesker med diagnosen hjerteinfarkt fra sykehus i Norge (Mæland, 2006).

I praksis på medisinsk sengepost møtte jeg flere pasienter innlagt med diagnosen akutt hjerteinfarkt. Det som gjorde inntrykk på meg i møte med denne pasientgruppen var at livene til disse menneskene i løpet av kort tid endret seg drastisk. Pasienter gikk fra å være frisk og oppegående det ene minuttet, til plutselig å være rammet av en livstruende tilstand.

Jeg opplevde flere av disse pasientene som engstelige med mye tanker og bekymringer for fremtiden sin. Ofte ble det lite rom for å gi informasjon før pasientene ble utskrevet fra sykehuset. Informasjonen var lite strukturert, og ofte opplevde jeg at den eneste informasjonen de fikk var en brosjyre om hjerteinfarkt og tilbud om å komme med spørsmål. Den informasjonen pasienter oftest fikk omhandlet faktakunnskaper om hjerteinfarkt, og jeg erfarte at sykepleiere ofte tok lite hensyn til pasienters individuelle behov. Jeg opplevde også at de pasientene som tydelig viste engstelse over situasjonen fikk mer informasjon enn andre. Sykehuset arrangerte også et hjertekurs etter sykehusoppholdet. Pasientene fikk tilbud om å melde seg på, men på grunn av mangelfull påmelding skulle fremtidige kurs avlyses. Ut fra dette ønsker jeg å se nærmere på pasienters informasjonsbehov etter et hjerteinfarkt, hvilken betydning den får for pasienten og hvordan dette behovet kan ivaretas av sykepleiere.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er: *Hvordan kan god informasjon i sykehus bidra til et bedre liv etter hjerteinfarkt?*

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og presisering av problemstilling

Denne problemstillingen ble valgt fordi jeg ønsker å gå dypere inn i sykepleierens rolle i informasjonsarbeidet til pasienter etter akutt hjerteinfarkt, og belyse betydningen informasjon har for pasientenes liv etter utskrivelse fra sykehus. Det tas i denne oppgaven utgangspunkt i pasienter som gjennomgår et førstegangs hjerteinfarkt, pasienter av begge kjønn og i alle aldre. Jeg ønsker å fokusere på tiden der pasienten er innlagt på en sengepost ved sykehuset, og på pasienter som skal utskrives til eget hjem.

1.4 Mål med oppgaven

Målet med denne oppgaven er å belyse viktigheten av god informasjon til pasienter som har gjennomgått ett akutt hjerteinfarkt, og hvordan den kan bidra til et bedre liv for pasienten etter infarkt. Jeg ønsker å ha fokus på hva sykepleier kan gjøre for å ivareta pasientens informasjonsbehov.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven innledes med en innledning der tema og problemstilling presenteres, og bakgrunn og presisering av problemstilling kort begrunnes. Videre muner oppgaven ut i en teoridel der det sykepleiefaglige perspektivet som danner grunnlag for oppgaven presenteres. I metodedelen beskrives den litterære metoden. Etter metodedelen kommer resultatdel der funn fra forskningsartiklene presenteres i et kort sammendrag. I drøftingsdelen blir teori og resultat drøftet for å belyse problemstillingen. Svaret på problemstillingen presenteres i det siste kapittelet i oppgaven, i konklusjonen. Det er også lagt ved vedlegg med søketabell og resultattabell fra artiklene.

2 TEORI

2.1 Sykepleieteori

Sykepleieteorien som er valgt som grunnlag for denne oppgaven er Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Travelbee (1999) er opptatt av at mennesket er et unikt individ som hele livet lever i vekst, utvikling og endring. Hun forkaster termene ”sykepleier” og ”pasient” og er opptatt av at disse rollene må møtes som unike individer for at sykepleien kan nå sin mål og sin hensikt.

Travelbee definerer sykepleie som (Travelbee, 1999, s.29): ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringer”.

2.1.1 Lidelsen

Travelbee (1999) beskriver lidelsen som en fellesmenneskelig erfaring som alle mennesker før eller senere i livet vil erfare. Lidelsen erfares når individet møter på en situasjon i livet som oppleves smertefull, og er ofte knyttet til sykdom. Lidelse oppleves av individet på sin egen unike måte.

2.1.2 Å finne mening og mestre sykdom

Gjennom å etablere en tilknytning til den syke, og vise at han blir forstått, kan sykepleier hjelpe mennesket til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Travelbee (1999) beskriver at mestring handler ikke om å håpe at man blir frisk, fordi dette ofte ikke er realiteten ved mange sykdommer, men å hjelpe mennesket til å lære seg å leve med en langvarig sykdom. Den sykes holdninger er viktige for å mestre og finne mening, og det er viktig at sykepleier setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom for å kunne hjelpe. For at mennesket skal være i stand til å gi opp meningsfulle ting i livet sitt og innta nye handlinger, må de føle at tiltakene er meningsfulle for å opprettholde god helse. Hvis ikke kan den syke fort gi opp tiltakene. I tillegg til å hjelpe mennesker til å opprettholde god helse, må sykepleier hjelpe til å finne mening i sykdom.. Å finne mening i erfaringer med sykdom og lidelse, handler i følge Travelbee (1999) om å hjelpe mennesket til å oppleve livet som en glede, og se at sykdom kan ha en selvaktualiserende betydning for den syke. Den syke må forstå at han fremdeles er verdifull med tanke på de oppgavene i livet som bare han har å

utføre. Mening gjør den syke i stand til å se sykdommen eller lidelsen som en positiv livserfaring. Mening kan bare finnes av den syke selv, men andre mennesker kan hjelpe den syke til å finne den. I følge Travelbee (1999) kan sykepleier bare hjelpe den syke til å finne mening gjennom å etablere et menneske-til-menneske forhold, og opprettholde det.

2.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon

Etablering av et menneske-til-menneske-forhold gjør sykepleier i stand til å ivareta sykepleiebehovet til den som trenger hjelp. Dette forholdet er et virkemiddel som brukes for å nå sykepleiens mål og hensikt. For å etablere et slikt forhold må sykepleier se hver enkelt pasient som et unikt individ, og tillate seg selv å bli oppfattet som menneske av hvert enkelt individ. Menneske-til-menneske-forholdet er et unikt forhold som bygges opp dag for dag når sykepleier og pasient samhandler (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som nøkkelen til etableringen av et slikt forhold. Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men en prosess der sykepleier og pasient gjør seg kjent med hverandre, og brukes av sykepleier for å innhente informasjon om den sykes behov, slik at sykepleie kan planlegges og utføres i samsvar med den sykes behov.

Kommunikasjonen er et virkemiddel for å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner, sykepleier snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandring hos den syke. For at kommunikasjonen skal nå sykepleiens mål og hensikt, er det viktig at samtaleemne gir mening for den syke, og at sykepleier viser for han at hun virkelig ønsker å hjelpe. Innholdet i kommunikasjonen rettes mot den sykes problemer i her og nå situasjonen. (Travelbee, 1999)

2.2 Hjerteinfarkt

2.2.1 Om akutt hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt oppstår når en koronararterie tilstoppes, som regel av en trombedannelse i en aterosklerotisk koronararterie. Som følge av denne koronarokklusjonen oppstår det oksygenmangel i den tilhørende delen av hjertemuskelen slik at det dør. Etter dette startes en tilhelingsprosess der det døde muskelvevet erstattes av bindevev, en prosess som varer over et par måneder (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Symptomer: Når et hjerteinfarkt inntreffer kjenner pasienten klemmende brystmerter som kan variere i styrke og lokalisasjon. Kvalme og brekninger oppstår ofte, og pasienten blir engstelig, blek og kaldsvetter. Brystmerter og brekninger er det sikreste kliniske tegnet på et hjerteinfarkt (Jacobsen et al.. 2009)

Diagnose: Diagnosen hjerteinfarkt stilles på bakgrunn av symptomene, EKG-forandringer i hjertet og blodprøver. Minst to av disse tre må være til stede for at diagnosen kan stilles (Jacobsen et al. 2009).

Behandling: Akutte tiltak for å lindre smerter, begrense infarktets størrelse og forebygge eller behandle komplikasjoner. Akutte tiltak er Morfin, oksygen, glyserylnitrat og Acetylsalisylsyre. Reperfusjonsbehandling ved bruk av trombolyse eller PCI, der man forsøker å gjenåpne det tilstoppede karet (Jacobsen et al. 2009)

Komplikasjoner: Komplikasjoner tidlig i forløpet er rytmeforstyrrelser, hjertesvikt, kardiogent sjokk, hjerteruptur og perifere embolier. Komplikasjoner senere i forløpet er hjertesvikt og hjerteaneurisme (Jacobsen et al., 2009).

Prognose: Risikoen for å dø er størst de første timene. 20% av dem som overlever den akutte fasen dør innen ti år. Dødeligheten blant infarktpasienter i sykehus er 10% (Jacobsen et al., 2009).

Omtrent halvparten av alle mennesker i Norge som rammes av hjerteinfarkt er under 70 år, og sykdommen rammer flest menn. I høyere alder rammer sykdommen kvinner oftere enn menn. Etter et hjerteinfarkt har personen de første årene større risiko for å dø enn andre mennesker i samme alder, men denne risikoen avtar med tiden (Mæland, 2006).

Det er vanlig at pasienter etter et hjerteinfarkt får følelsesmessige reaksjoner, og noen pasienter blir preget av vedvarende psykiske problemer. Psykiske problemer kan ha innflytelse på det videre forløpet av sykdommen, og er forbundet med økt risiko for død blant hjertepasienter (Mæland, 2006).

2.2.2 Sykepleie ved hjerteinfarkt

Den første tiden etter infarkt har pasienten behov for å gjenvinne fysisk balanse og håndtere psykiske reaksjoner. I det videre behandlingsforløpet må pasientens egenomsorg fremmes for at han skal være i stand til å ta ansvar for rehabiliteringen og nødvendige livsstilsendringer etter utskrivelse fra sykehus (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010).

Livsstilsendringer som anbefales etter hjerteinfarkt er å slutte å røyke, ha et sunt kosthold, redusere stress og fysisk aktivitet minst 30 minutter daglig (Landsforeningen for hjerte – og lungesyke, 2004, s.16). Pasienten trenger støtte og veiledning for å håndtere sykdommen, og til å endre livsstilen sin i helsefremmende retning. Sykepleier trenger kunnskaper om reaksjoner og mestring av stress ved akutt kritisk sykdom for å forstå den enkelte pasientens opplevelser og reaksjoner (Eikeland et al., 2010).

2.3 Akutt kritisk sykdom

Akutt kritisk sykdom kjennetegnes av en sykdom eller skade som oppstår brått og uventet, og ved at tilstanden kan være kritisk og kanskje livstruende for pasienten. Pasienten opplever en plutselig forandring i livssituasjonen, tap og krise som kan medføre frykt og angst.

Akutt kritisk sykdom påvirker hele personen, og ikke bare de organer der sykdommen sitter (Moesmand og Kjøllesdal, 2011).

I følge Cullbergs (2007) kriseteori kan pasientens reaksjoner på en krisesituasjon inndeles i fire faser. I den første fasen, sjokkfasen, kan pasientens ytre virke uberørt, men på innsiden er det kaos. I denne fasen har pasienten problemer med å huske det som har skjedd, og senere glemmer pasienten ting som er blitt fortalt i denne fasen. Sjokkfasen varer som regel fra noen timer til døgn. Videre, i reaksjonsfasen, begynner det å gå opp for pasienten hva som har skjedd. Her prøver pasienten å finne mening i den kaotiske situasjonen, og det er vanlig at pasienten stiller spørsmål ved hvorfor dette har hendt. Det er også vanlig at pasienter ikke ser noen mening og opplever at det som har skjedd ham er urettferdig. Denne fasen varer som regel fra noen uker til måneder. Sjokkfasen og reaksjonsfasen utgjør sammen krisens akutte fase. Etter den akutte fasen begynner det en bearbeiding av det som har skjedd. I denne fasen, bearbeidingsfasen, er pasienten fremtidsrettet, han arbeider med å godta det som har skjedd. Gamle aktiviteter gjenopptas, samt at personen blir åpen for nye erfaringer. I den siste fasen, nyorienteringsfasen blir krisen integrert i livet til personen, og han gjenvinner kontroll over følelsene, uten at de blir glemt (Cullberg, 2007). Ikke alle pasienter følger dette reaksjonsmønsteret kronologisk. Forberedende informasjon i sykehus bidrar til å redusere

omfanget av psykiske reaksjoner etter utskrivelse (Mæland, 2006).

2.4 Pasient – og brukerrettighetsloven

I Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 står det at ”pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.” Videre i § 3-5 står det at ”informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur – og språkbakgrunn.”

2.4.1 Pasientinformasjon

Pasientinformasjon er basis for all hjerterehabilitering. Informasjonens hensikt er å hjelpe pasienten til å velge en livssituasjon som reduserer risikoen for tilbakefall eller forverring av hjertesykdommen. Tidlig informasjon gir pasienten et realistisk bilde av sykdommen (Mæland, 2006). Selv om pasienten i en krisesituasjon kan ha problemer med å motta og forstå informasjon og undervisning som gis, anbefales det å gi informasjon allerede de første dagene og å gjenta informasjonen flere ganger (Eikeland, et al. 2010).

Pasientens forventninger og forklaringer til sykdommen er viktige for fremtiden fordi de ofte vil styre de handlingene pasienten gjør. Kunnskaper om sykdommen skaper innsikt i egen situasjon, og gir kontroll over situasjon. Hjertepasienten trenger informasjon for å forstå hvorfor han er blitt syk, hvordan symptomene kan fortolkes og hva som venter i fremtiden. Det er viktigere å informere om hvordan pasienten kan legge om livsstilen sin enn å informere om hvorfor (Mæland, 2006). Det kan være en belastning for pasienten med både for mye og for lite informasjon, og det må her tas utgangspunkt i sykdommen, dens behandling og pasientens følelsesmessige reaksjoner for å vurdere hva pasienten er i stand til å ta i mot av informasjon. Pasienter har ulikt informasjonsbehov. Noen ønsker faktakunnskaper om sykdommen, andre ønsker informasjon om hva de vil oppleve av følelsesmessige reaksjoner (Moesmand og Kjøllesdal, 2011).

At informasjon tilpasses til den enkelte og imøtekommer spørsmål og problemer pasienten har i de ulike fasene etter sykdommen er viktig. For å tilpasse informasjonen må hjelperen sette seg inn i hvilken informasjon pasienten trenger, og informere slik at informasjonen oppleves relevant for den andre. God informasjon hjelper pasienten til å mestre situasjonen bedre og å

bli så selvhjulpen som mulig (Eide og Eide, 2007). Pasienter kan ofte ha et skjult informasjonsbehov, der de ikke selv vet hvilken informasjon de trenger. Gjennom å få fram pasientens egen opplevelse av sykdommen kan en kartlegge hvilken informasjon han har behov for (Eide og Eide, 2007). I angstsituasjoner er pasienten ikke mottakelig for informasjon, og gjennom å få frem pasientens opplevelse av tilstanden kan en hjelpe til å berolige pasienten slik at han blir mer mottakelig for informasjon (Moesmand og Kjøllesdal, 2011).

3 METODE

3.1 Definisjon av metode

Vilhelm Aubert formulerer begrepet metode som ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007, s. 81). Metode er det redskapet som brukes for å samle inn data når det er noe en ønsker å undersøke. Det finnes ulike metodiske tilnærminger, og man velger den tilnærmingen som best kan fortelle oss noe om det som undersøkes. Siden ingen metoder er helt perfekte må forfatteren gjøre rede for på hvilken måte resultatene kan påvirkes av metoden som er brukt (Dalland, 2007).

Kvalitativ og kvantitativ metode

Forsberg & Wengstrøm (2008) skriver at i den kvalitative tilnæringsmetoden har forskeren fokus på å tolke og skape mening og forståelse av omverdenen. Forskeren og andre involverte er ikke adskilt fra det som forskes, og deres oppfatninger kan påvirke utfallet av forskningen. Den kvalitative forskningsmetoden starter med datainnsamling og analyse på samme tid. Forskeren starter med å formulere en problemstilling, formulere spørsmål og planlegge hvordan studien skal legges opp. Datainnsamlingen skjer oftest i form av intervjuer. Disse intervjuene tas opp eller skrives ned og senere analyseres de, og resultatet presenteres i form av løpende tekst. Forskeren bruker en induktiv tilnærming som innebærer at data er brakt til generelle prinsipper som kan føre til utvikling av teori om ett fenomen (Forsberg & Wengstrøm 2008).

I følge Forsberg & Wengstrøm (2008) er forskeren i den kvantitative metoden objektiv og holder distanse til studieobjektet for å unngå at egne meninger påvirker resultatet av forskningen som blir gjort. En ulempe med denne metoden kan være at forskeren blir for objektiv at han forsømmer å reflektere over sin egen subjektive opplevelsen av omverdenen og dens påvirkning i forskningsprosessen. Forskeren formulerer spørsmål som skal stilles, han har på forhånd en oppfatning av hvordan resultatet kommer til å bli, og det er dette som testes. Kvantitative studier strever etter å ordne og klassifisere, se sammenhenger, forutse og forklare ting. Datainnsamlingen til slike studier skjer ved hjelp av metoder som for eksempel tester, skalaer, intervju og observasjoner. I kvantitativ forskning presenteres resultatene ofte i form av tabeller, figurer eller diagram (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. All forskning starter med en systematisk gjennomgang av litteraturen. For å gjøre en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan gjøre grunnlaget for gode vurderinger og konklusjoner. Studien tar utgangspunkt i en tydelig problemstilling som besvares gjennom identifisering, valg, vurdering og analyse av relevant forskning. Hvor mange studier som anvendes kommer an på hva forfatteren klarer å finne og hvilke krav man stiller til studier som skal inkluderes (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Fremgangsmåte for søk

I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart (2008) finnes det mange gode kilder for sykepleiere med engelsk som søkespråk, og det kan være nyttig å bruke den nordiske helsefaglige databasen SveMed+ for å finne engelske begreper som man bruker når man søker i andre databaser. Nortvedt et al. (2008) sier også at det er viktig å søke på ett ord om gangen, for så å kombinere disse med AND eller OR. For å finne frem artikler er det gått gjennom HSH sine hjemmesider for å få tilgang til ulike databaser. Det ble først gjort søk i SveMed+ for å finne relevante engelske søkeord, såkalte Mesh-termer. Databasene som er brukt for søking er CINAHL, Proquest, ISI Web of Science og Ovid Nursing. Det er også gjort søk i tidsskriftet Vård I Norden og i Sykepleiens fag -og forskningsarkiv. Tilfredsstillende søk ble gjort gjennom Ovid Nursing og CINAHL.

Søkeord som er brukt for å finne fram til relevante artikler er ”myocardial infarction”, ”hjerteinfarkt”, ”information”, ”information needs”, ”patient education”, ”informasjon”, ”communication”, ”patient”, ”nurse”, ”hospital”, ”hospital discharge” og ”patient discharge”. Ved søk ble de ulike søkeordene kombinert med hovedsakelig AND. Det ble funnet mange artikler som så ut til å være relevante, men som ved videre gransking viste seg å være irrelevante, som regel fordi de ikke var forskningsartikler og at de ikke svarte på problemstillingen. Andre grunner til at artikler ble ekskludert var at de var eldre enn 10 år gamle eller at forskningen var gjort i ikke-vestlige land.

Se vedlegg 2: Søketablell

3.4 Metodekritikk

Når det ble valgt artikler til denne oppgaven, ble det brukt noen kriterier for at artiklene skulle kunne brukes i oppgaven. Inklusjonskriterier for at artikler skulle kunne inkluderes i oppgaven var: at forskningen skulle være gjort i vestlige land, artiklene skulle omhandle pasienter etter førstegangs hjerteinfarkt, pasienter i alle aldersgrupper ble inkludert, artiklene skulle ikke være eldre enn 10 år og de skulle ha forsket på pasienters informasjonsbehov i sykehus. Disse kriteriene ble brukt for at artiklene skulle være relevant for oppgaven, og at de skal kunne anvendes i sykepleiepraksis. Artiklene som ble tatt med i denne oppgaven, passet alle til kriteriene som var satt. Når artikler ble valgt ble det sett etter om artiklene inneholdt alle deler i IMRAD-prinsippet. Dette innebærer at artiklene skal inneholde en introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al. 2008). Etter at artiklene ble valgt, ble deres relevans for oppgaven sjekket opp mot sjekklister i Nortvedt et al. (2008). Ved bruk av slike sjekklister kan man i følge Nortvedt et al. (2008) finne ut om resultatene er til å stole på, hva resultatene er, og om de kan anvendes i praksis. I artikkelen til Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2004) er det brukt kvalitativ forskningsmetode, og i de resterende artikler er det brukt kvantitativ forskningsmetode.

3.5 Etiske overveielser

Før man begynner å jobbe med en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres. Det er viktig å velge studier som har fått godkjenning fra en etisk komité, rapportere alle artikler som er brukt i oppgaven og oppbevare dem trygt i ti år etterpå, og presentere alle resultater som støtter og som ikke støtter hypotesen (Forsberg & Wengström, 2003). Olsson og Sörensen (2003) beskriver at en ikke skal drive med plagiat i oppgaveskriving, en skal alltid referere til riktig kilde når en skriver noe i en oppgave. Slettebø (2008) skriver at alle helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter som berører pasienter eller andre sårbare og utsatte grupper vanligvis skal få en etisk vurdering av den regionale komiteen som er tilknyttet forskningslederens arbeidssted før det kan settes i gang.

Da artikler ble valgt til denne oppgaven ble det lagt vekt på at artiklene skulle være godkjent av en etisk komité. 3 av 4 artikler som ble valgt er godkjent av etisk komité. I artikkelen til Hanssen et al. (2004) er det ikke oppgitt at artikkelen er godkjent av en etisk komité, men artikkelen er allikevel tatt med fordi deltagelse i studien var frivillig, og at artikkelen er

godkjent for publisering, som i følge Slettebø (2008) innebærer at den skal ha fått en etisk vurdering før publisering. I denne oppgaven legges det vekt på referere til riktig forfatter, og at de brukes riktig kildehenvisning for å vise hvor kilder er hentet fra og unngå plagiat i oppgaven.

4 RESULTAT

Se vedlegg 1 for resultattabell av artiklene.

4.1 Sammendrag av artikler

4.1.1 "A qualitative study of the information needs og acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up after discharge"

av Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E. og Hanestad, B.R. (2004)

I studien ble pasienters opplevelse av informasjon gitt under sykehusopphold etter akutt hjerteinfarkt undersøkt, og hvilken betydning den hadde fått for tiden etter hjemkomst. Studien ble utgitt i European Journal og Cardiovascular Nursing i 2004. Studien ble utført ved bruk av fokusgruppe intervju 3 til 5 måneder etter utskrivelse fra sykehus. 14 pasienter deltok i studien.

Pasientene følte seg godt ivaretatt under sykehusoppholdet, og opplevde pleierne som empatiske og dyktige. Informasjonen pasientene mottok ble betraktet som god, men ofte for generell. Pasientene savnet mer informasjon om konsekvenser sykdommen ville ha for deres liv. De ble tilbudt å delta på gruppeundervisning, der flere av pasientene oppga at det virket som om det var viktigere å være frampå med spørsmål heller enn å vente på å bli spurt. Ikke mange hadde valgt å delta på dette. Pasientene forklarte at de ble oppmuntret til å komme med spørsmål, men ga uttrykk for at de ikke visste hvilke spørsmål de skulle stille eller at de var redd for å komme med "dumme" spørsmål. Tiden etter utskrivelse fra sykehus ble beskrevet som tøff på grunn av opplevelse av manglende forberedelse på konsekvenser av sykdommen og begrensninger sykdommen satt for livene deres. Pasientene savnet også oppfølging etter hjemkomst, noe som førte til at de følte seg alene og deprimerte. Situasjonen kunne vært lettere for dem hvis de hadde hatt mulighet for å ha telefonkontakt med noen etter sykehusoppholdet. Studien viser at det kan være behov for å forbedre informasjonsarbeidet til pasienter etter hjerteinfarkt, og skape bedre muligheter for toveiskommunikasjon mellom pasient og pleier.

4.1.2 "Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study."

av Jonathan Smith & Clive Liles (2007)

I studien ble det undersøkt hvilket informasjonsbehov pasienter hadde før hjemreise fra sykehus etter å ha fått behandling for akutt hjerteinfarkt. Studien ble utgitt i Journal of Clinical Nursing i 2007. Studien tok for seg 40 tema, der deltagerne rangerte dem i rekkefølge etter hva de regnet som nyttig informasjon og hva de regnet som ikke nyttig informasjon. Sammenheng mellom aldersgruppe og behov for informasjon ble også undersøkt. Studien hadde et åpent spørsmål der deltagerne selv kunne komme med forslag til hvilken informasjon de anså som nyttig. 20 pasienter deltok i studien.

Resultater fra studien viste at pasienter i en tidlig fase knytter behovet for informasjon opp mot overlevelse av hjerteinfarkt, der de rangerte informasjon om medikamenter, komplikasjoner og symptomer høyest. Informasjon om støtte og omsorg i samfunnet ble rangert lavest. De eldste pasientene, de over 65 år, hadde et større behov for informasjon og anså informasjonen av en større betydning enn de under 65 år. Informasjonsbehovet endret seg underveis i bedringsfasen. På det åpne spørsmålet kom det fra at pasientene bekymret seg for bilkjøring, å komme tilbake i jobb og tilbud om støttegrupper. Det kom forslag om at det kunne være nyttig å ha muligheten til å møte andre mennesker i samme situasjon etter sykehusoppholdet.

4.1.3 "Information needs of myocardial infarction patients."

av Fiona Timmins og Michael Kaliszer (2003)

I studien ble sykepleiere og pasienter syn på informasjonsbehovet etter et førstegangs hjerteinfarkt under og etter sykehusopphold undersøkt. Studien ble utgitt i European Journal of Cardiovascular Nursing i 2003. Studien tok for seg 37 tema der deltagerne rangerte viktigheten av dem på en skala fra 1 til 5, der 1 er minst viktig og 5 er mest viktig. 18 pasienter og 68 sykepleiere deltok i studien.

Sykepleiere og pasienter er stort sett enige om at de viktigste tema for informasjon er hva man gjør når man får brystmerter, symptomer på hjerteinfarkt, når skal man ringe lege, hva kan

man gjøre for å redusere faren for et nytt infarkt. Forskjeller ble sett om fysisk aktivitet, når man kan kjøre bil igjen, når man kan gjenoppta seksuell aktivitet og når man kan begynne i jobb igjen. Sykepleiere rangerte dette som nest viktigst og pasienter som minst viktig. Sykepleiere rangerte informasjon om anatomi og fysiologi som minst viktig og pasienter som nummer 4. Gjennomsnittlig anså pasienter all informasjon av mindre viktighet enn sykepleiere. Pasientens informasjonsbehov endret seg over tid. 6 uker etter utskrivelse hadde behovet for informasjon om psykologiske faktorer økt, mens behov for informasjon om medikamenter hadde minket.

4.1.4 "The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction"

av Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E. og Hanssen, T.A. (2006)

I studien ble forholdet mellom gitt informasjon etter hjerteinfarkt og tilfredsheten med helsehjelpen undersøkt. Målet med studien var å beskrive nødvendigheten av forbedringer av pasientenes helsehjelp. Studien ble utgitt i European Journal of Cardiovascular Nursing i 2006. 111 pasienter deltok i undersøkelsen.

Pasienter var stort sett fornøyd med informasjonen de fikk i sykehuset, men savnet mer informasjon før utskrivelsen og etter hjemkomst. Pasientene hadde mottatt mest informasjon angående røyking, hva et hjerteinfarkt er, og årsaker til hjerteinfarkt. De fikk minst informasjon om seksuell aktivitet, medikamentbruk, jobb og livsstil og utfordringer som kan møtes på etter et hjerteinfarkt. Jo mer informasjon som var blitt gitt i sykehus, jo mer fornøyde var pasientene med sykehusoppholdet. Pasienter som svarte at de var fornøyd med informasjonen svarte også at den hadde fått betydning for mestring av konsekvensene av sykdommen etter utskrivelse fra sykehus. Studien viste ingen sammenheng mellom lengden på sykehusopphold og mengden informasjon som ble gitt, men de med kortere sykehusopphold viste seg å savne mer informasjon etter utskrivelse. Yngre pasienter rapporterte å ha fått mer informasjon enn eldre, men yngre pasienter savnet også mer informasjon enn eldre etter utskrivelse.

5 DISKUSJON

Problemstillingen for denne oppgaven er hvordan god informasjon kan bidra til et bedre liv etter hjerteinfarkt, men hvordan oppleves det for pasienten å bli rammet av et hjerteinfarkt og hvilken informasjon har pasienten behov for?

5.1 Ulikt informasjonsbehov når hjerteinfarkt rammer

I studien til Smith og Liles (2007) kommer det frem av pasientene at de den første tiden etter å ha blitt rammet av et hjerteinfarkt anser at informasjon knyttet til overlevelse av infarkt er det viktigste. I mitt møte med pasienter etter hjerteinfarkt har jeg opplevd at pasienter den første tiden ofte er rammet av sjokk over det som har skjedd, og at redselen for å dø viser seg. I følge Jacobsen et al. (2009) er risikoen for å dø av infarkt størst de første timene, og 20% av dem som overlever den akutte fasen dør innen de neste ti år. Pasienten vet ikke hvilken risiko han har for å dø, noe som kan skape bekymringer for pasienten. Ut fra at risikoen for å dø den første tiden etter infarkt er så stor, kan pasienten føle behov for å vite hvordan det vil gå med akkurat ham. De fleste pasienter har etter infarkt mange medisinske problemer og kan utvikle komplikasjoner som krever kontinuerlig overvåkning og akutt behandling (Mæland, 2006). Disse er som regel forbigående, og pasienten flyttes som regel etter kort tid fra overvåkningsavdelingen og over på en sengepost, og kan dra hjem etter bare noen dager dersom det videre forløpet går uten problemer (Mæland, 2006). Dette viser hvor mye som skjer rundt pasienten, og hvor akutt situasjonen er, noe som kan prege både pasienten og sykepleiere. Slik jeg har erfart det er det først når tilstanden til pasienten har roet seg, at det som har skjedd virkelig begynner å gå opp for pasienten. Cullberg (2007) sier at pasienten den første tiden etter at en krise har oppstått er i en sjokkfase der han kan ha problemer med å ta innover seg og bearbeide det som har skjedd. Pasienten kan gå fra å være frisk og oppegående til å plutselig være rammet av en livstruende tilstand, noe som kan være vanskelig for pasienten å forstå. Etter å ha blitt rammet av et hjerteinfarkt kan det kreves endringer i levevanene for å forebygge et nytt infarkt, og pasienten kan trenge hjelp til å vite hvordan dette kan gjøres. I studien til Hanssen et al. (2004) kommer det frem av de fleste pasientene at de opplevde informasjonen de fikk i sykehuset som for generell, og at den inneholdt for lite av konsekvenser sykdommen vil få for dem. En av pasientene som ikke var fornøyd med

informasjonen han hadde fått beskrev det slik:

”den eneste informasjonen jeg mottok omhandlet røyking, og at jeg var nødt å slutte med det. Det var alt. Jeg fikk ingen informasjon angående kosthold eller lignende.”
(Hanssen et al. 2004, s.39).

Denne pasienten kan ha fått mer informasjon, men krisen han har gått gjennom kan ha preget han slik at han ikke har vært i stand til å motta eller å forstå det som ble sagt, og det kan i etterkant ha blitt glemt. Selv om pasienten kan ha problemer med å motta og forstå informasjon, anbefaler Eikeland et al. (2010) at informasjon skal gis allerede de første dagene, og gjentas flere ganger. Dette kan støttes av min opplevelse i praksis, der jeg opplevde at sykepleiere var flink til å gi informasjon den første tiden pasienten lå på sengeposten. På en annen side, opplevde jeg sjeldent at sykepleiere var flinke til å gjengi informasjonen til pasienten, eller å forsikre seg at informasjonen ble forstått. Siden ikke alle pasienter følger fasene i en krisereaksjonen kronologisk (Mæland, 2006), kan deres evne til å motta og forstå informasjon variere individuelt, og dette er noe sykepleier må ta hensyn til i møte med pasienten. Gjennom å gjøre seg kjent med pasientens opplevelse av situasjonen kan sykepleier kartlegge hvor preget pasienten er av det som har skjedd, og på den måten få frem hvor mottakelig pasienten er for informasjonen, og samtidig gjøre seg kjent med hvilken informasjon pasienten har behov for. I følge Cullberg (2007) kan pasienten i sjokkfasen virke rolig utenpå, men på innsiden kan det være kaos. Det kan være vanskelig å oppfatte hva pasienten egentlig tenker, og slik jeg ser det vil betydningen av å gjøre seg kjent med pasienten og forstå hans opplevelse av situasjonen derfor være stor for å kunne yte den hjelpen som pasienten har behov for, noe Travelbee (1999) også påpeker viktigheten av. Moesmand og Kjøllesdal (2011) hevder også at gjennom å få frem pasientens opplevelse av situasjon kan man berolige pasienten slik at han blir mer mottakelig for informasjon. For at sykepleier skal forstå pasientens opplevelser og reaksjoner, sier Eikeland et al. (2010) at sykepleier trenger kunnskaper om reaksjoner og mestring av stress ved akutt kritisk sykdom. Sykepleier må bruke sine kunnskaper til å forstå hvordan tilstanden oppleves for pasienten, og siden pasienter opplever og reagerer ulikt på sykdom vil det derfor være viktig for sykepleier å få frem pasientens egen opplevelse av situasjonen. Å etablere en slik kontakt med pasienten er i følge Travelbee (1999) tidkrevende, noe som kan være en utfordring for sykepleier når pasienten er innlagt i sykehuset over kort tid.

I studien til Hanssen et al. (2004) kommer det frem at pasientene etter hjemkomst oppdaget mangel på kunnskaper som fikk konsekvenser for dem i hverdagen. Pasientene oppga at de ikke følte seg godt nok forberedt på hvordan de skulle leve videre. Når pasienten kommer videre fra sjokkfasen kommer han i følge Cullberg (2007) over i en reaksjonsfase der det som har skjedd gradvis går opp for pasienten. I denne fasen vil pasienten forsøke å finne mening i det som har skjedd, uten å lykkes. Sykepleier må her hjelpe pasienten til å finne mening i det som har skjedd, og Travelbee (1999) hevder at å finne mening i sykdom er viktig for å kunne se at sykdom kan ha en selvaktualiserende betydning. Slik jeg forstår det, vil pasienter etter hjerteinfarkt trenge informasjon for å forstå det som har skjedd, og for å finne mening i det. Dette kan støttes av Mæland (2006) som sier at tidlig informasjon er viktig for å gi pasienten et realistisk bilde av sykdommen. Når pasienten da har fått all informasjonen i en fase av sykdommen der han ikke har vært i stand til å ta innover seg det som er blitt sagt, kan det være utfordrende for pasienten å finne mening på grunn av manglende kunnskaper. For at pasienten skal finne mening i det som blir sagt, hevder Travelbee (1999) at sykepleier må rette kommunikasjonen mot pasientens behov i her og nå situasjonen. Pasientene i studien til Oterhals et al. (2006) beskrev at de ønsket mer informasjon før utskrivelse og rett etter hjemkomst fra sykehuset. Å følge pasientens informasjonsbehov gjennom de ulike fasene, og tilrettelegge for at informasjonen står i samsvar med pasientens behov her og nå, kan bidra til at pasienten opplever mening og blir bedre forberedt på å leve videre med sykdommen. Sykepleier kan da legge til rette informasjonen slik at pasienten i den tidligste fasen får informasjon knyttet til det å overleve infarkt, og at kunnskaper pasienten trenger for å kunne leve videre med sykdommen kan komme senere i sykehusinnleggelsen, for eksempel rett før hjemreise fra sykehuset. Å gi pasienten informasjon på et tidspunkt der han er mer klar for det og opplever en sammenheng mellom informasjonen og det som skjer med han, kan ha en betydning for hvordan han lever videre med sykdommen. Dette kan støttes av Mæland (2006) der han sier at pasientens forventninger og forklaringer til sykdommen vil styre de handlingene han gjør.

5.2 Å gi informasjon i samsvar med den sykes behov

Etter å ha møtt pasienter i praksis med hjerteinfarkt, kan det virke som om manglende kunnskaper om sykdommen skaper usikkerhet og engstelse blant pasienter. Studien til Hanssen et al. (2004) underbygger dette. Der kommer det frem at manglende kunnskaper

førte til at pasientene følte seg alene og deprimerte. I følge Mæland (2006) er vedvarende psykiske problemer etter hjerteinfarkt forbundet med økt dødelighet blant denne pasientgruppen, og da sier han at forberedende informasjon i sykehus kan bidra til å redusere omfanget av dette. Eikeland et al. (2010) hevder at pasienten trenger informasjon for at han skal være i stand til å ta ansvar for rehabiliteringen etter utskrivelse fra sykehus. I praksis opplevde jeg at de fleste pasienter etter utskrivelse fra sykehus ble sendt rett hjem, og de stod alene med ansvaret for sykdommen og seg selv. I følge Travelbee (1999) skal sykepleier hjelpe pasienten til å leve med langvarig sykdom. At sykepleier gir pasienten den informasjonen han trenger vil derfor være svært viktig for pasientens videre liv. For at pasienten skal kunne legge om livsstilen sin i helsefremmende retning, hevder Mæland (2006) at det er viktigere å informere pasienten i hvordan dette kan gjøres enn hvorfor det må gjøres. I studien til Timmins og Kaliszer (2003) kommer det frem at sykepleiere og pasienter stort sett er enige i hvilken informasjon som er viktig etter et hjerteinfarkt. Forskjellen ble sett under temaet fysisk aktivitet, bilkjøring, seksuell aktivitet og jobb. Sykepleiere anså dette svært viktig, mens pasientene ikke anså dette som viktig. At pasientene ikke anser dette som viktige tema for informasjon, kan slik jeg forstår det ha sammenheng med at pasientene tidlig i sykdomsforløpet ikke er i stand til å tenke fremtidsrettet, og derfor ikke ønsker denne type informasjon. I følge Cullberg (2007) er det først når pasienten kommer videre fra den akutte fasen i en krise og over i bearbeidingsfasen at han blir mer fremtidsrettet og åpen for nye erfaringer. Dette kan underbygges av studien til Timmins og Kaliszer (2003) der det kom frem at pasientenes informasjonsbehov hadde endret seg 6 uker etter utskrivelse fra sykehus. I studien til Smith og Liles (2007) kom det frem at pasientene etter hvert bekymret seg for blant annet bilkjøring og å komme tilbake i jobb. Altså den informasjonen som pasientene i studien til Timmins og Kaliszer (2003) anså som mindre viktig, viste det seg at pasientene i studien til Smith og Liles (2007) bekymret seg for etter hvert i bedringsfasen. Dette kan bety at pasienten ikke er klar over hvilken informasjon han egentlig trenger, og her må sykepleier bruke sine erfaringer og hva hun vet ut fra teori og forskning for å tilpasse informasjonen til pasientens behov, ikke bare i den akutte fasen men også videre i forløpet. Når pasienten ikke vet hvilken informasjon han trenger, hevder Eide og Eide (2007) at man gjennom å få frem pasientens egen fortelling kan kartlegge informasjonsbehovet. Dette kan støttes av Travelbee (1999) da hun sier at man må bli kjent med pasientens egen oppfatning av sykdommen for å kunne hjelpe. Slik jeg ser det, handler ikke dette om å få frem hvilke kunnskaper pasienten har fra før av eller ikke, men at sykepleier må få frem hvordan sykdommen oppleves for pasienten. At pasienten ikke selv vet hvilken informasjon han trenger, kan for sykepleier

innebære å måtte gi informasjon som pasienten egentlig ikke føler behov for her og nå, men som han på et senere tidspunkt vil komme til å trenge. I studien til Hanssen et al. (2004) kommer det frem at pasientene etter hjemkomst ønsker muligheten til å ha telefonkontakt med sykehuset, og i studien til Smith og Liles (2007) kommer det frem at pasientene ser det nyttig å kunne møte andre mennesker i samme situasjon etter hjemkomst. Ut fra dette kan det virke som om pasienten etter utskrivelse opplever usikkerhet og engstelse på grunn av manglende kunnskaper, og at oppfølging, enten av helsepersonell eller andre mennesker med samme sykdom, kan hjelpe dem til å innhente mer kunnskaper om hvordan de kan leve med sykdommen underveis som de møter på utfordringer i hverdagen. Å ha noen å henvende seg til kan også være en trygghet for pasienten i hverdagen. At sykepleiere har en bedre oppfølging av pasienten kan også bidra til å opprettholde en tilknytning mellom sykepleier og pasient, som Travelbee (1999) hevder er nødvendig for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre og finne mening med sykdom. Da jeg var i praksis ble alle pasienter etter hjerteinfarkt tilbudt om å delta på et hjertekurs arrangert av kardiologer og sykepleiere. Kurset fant sted en stund etter utskrivelse fra sykehuset. Også i studien til Hanssen et al. (2004) oppga pasientene at de ble tilbudt et kurs mens de var innlagt, men at det ikke var mange som valgte å delta. Dette kan ha sammenheng med at pasienter ikke opplevde det nødvendig for dem der og da, men at behovet for et slikt kurs viste seg senere. Jeg opplevde i praksis at pasienter ble tilbudt deltakelse på dette kurset både mens de var innlagt, og også en stund etter utskrivelse. Siden pasienter opplever å ha endret informasjonsbehov underveis i bedringsfasen, kan det å tilby dem kurset også etter utskrivelse være nødvendig. Å tilby pasienter et slikt kurs kan bidra til at sykepleiere får bedre oppfølging av pasientenes informasjonsbehov underveis i bedringsfasen, noe Travelbee (1999) påpeker viktigheten av for at tiltakene skal gi mening for pasienten. Samtidig gir det pasienter mulighet til å etterspørre informasjon underveis som de møter på utfordringer i livene sine. Pasienter får på et slikt kurs også muligheten til å møte andre mennesker i samme situasjon, noe som pasientene i studien til Smith og Liles (2007) etterspurte.

5.3 Sykepleiefaglige implikasjoner

I studien til Oterhals et al. (2006) kommer det frem at sykepleiere informerte pasientene mest angående informasjon om røyking, hva et hjerteinfarkt er, og årsaker til et hjerteinfarkt. Pasientene mottok minst informasjon om seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt,

medikamentbruk, jobb og livsstil. Ut fra dette forstår jeg at sykepleiere legger stor vekt på å informere pasienter om det fysiske aspektet ved sykdommen, og ikke helheten i sykdommen. Sykepleier er gjennom Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 pliktet til å gi pasienten ”den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Dette kan tyde på at sykepleier må legge mer fokus på å informere pasienten mer om helheten av sykdommen og behandlingen, for at pasienten skal få full innsikt i de ulike aspektene ved sykdommen. I praksis opplevde jeg at sykepleiere la stor vekt på å gi informasjon, men at informasjonen ofte ble for generell. Pasienter fikk stort sett den samme informasjonen, selv om jeg opplevde at pasienter reagerte svært ulikt på sykdommen og hadde behov for ulike kunnskaper om sykdommen. Dette kommer også frem i studien til Hanssen et al. (2004) og Timmins og Kaliszer (2003) der resultatene viste at det er behov for mer individuell tilpasset informasjon. I studien til Hanssen et al. (2004) antok pasientene at sykepleiere brukte standardisert informasjon for at den skulle passe for alle. I følge Travelbee (1999) er lidelsen en fellesmenneskelig erfaring som alle mennesker før eller senere i livet tar del i, men lidelsen oppleves forskjellig av hvert enkelt individ. Dette viser viktigheten av at hver enkelt pasient får informasjon som er tilpasset til deres individuelle behov. I studien til Oterhals et al. (2006) var det de yngre pasientene som fikk mest informasjon, men også dem som savnet mest informasjon etter utskrivelse. Motsatt viste studien til Smith og Liles (2007) at det var de eldste pasientene som ønsket mest informasjon. I Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) §3-5 står det at ”informasjonen skal være tilpasset til mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur – og språkbakgrunn”. Ut fra resultatene i studien til Oterhals et al. (2006) og Smith og Liles (2007) kan det forstås at alder ikke er en individuell faktor som kan plasseres i en gruppe, men at selv pasienter i den samme aldersgruppen kan ha ulikt behov for informasjon. Dette innebærer at sykepleier må sette seg mer inn i den enkelte pasient enn det som blir gjort i dag, og som Eide og Eide (2007) sier må sykepleier legge mer vekt på å tilpasse informasjonen til den enkelte og imøtekomme spørsmål og problemer hos den enkelte pasient. Som Mæland (2006) sier er pasientinformasjon basis for all hjerterehabilitering, og skal hjelpe pasienten til å velge en livsstil som reduserer risikoen for tilbakefall eller forverring av hjertesykdommen. At sykepleier tilpasser informasjonen til den individuelles behov slik at den oppleves relevant for pasienten, vil slik jeg ser det da være avgjørende for pasientens videre liv. Dette kan støttes av Travelbee (1999) som sier at pasienten trenger å finne mening i tiltakene for å kunne opprettholde god helse, ellers vil han fort gi opp tiltakene.

6 KONKLUSJON

Informasjon er svært viktig for pasienter etter hjerteinfarkt, og får stor betydning for deres liv etter sykehusoppholdet. Pasienters behov for informasjon varierer svært individuelt, og sykepleier må sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen og kartlegge hvilken informasjon den enkelte har behov for. Enkelte pasienter ønsker mer informasjon enn andre, og behovet for informasjon vil også variere ut fra hvor i sykdomsforløpet pasienten er. Gjennom denne oppgaven har jeg kommet frem til at de fleste pasienter er fornøyd med informasjonen de får i sykehus, men at det trengs noen forbedringer av informasjonsarbeidet. Pasienter oppdager etter hjemkomst manglende kunnskaper som skaper utfordringer for dem i hverdagen. Sykepleier må gi pasienter mer informasjon som kan forberede dem på hvordan det vil være å leve med sykdommen, slik at de er bedre forberedt ved hjemreise fra sykehus. Dette innebærer at sykepleier må informere pasienten på et tidspunkt der han er mottakelig for informasjon, og å gi pasienten innsikt i det fysiske og det psykiske aspektet ved sykdommen. Oppfølging av pasienter etter sykehusoppholdet kan også være nødvendig på grunn av pasientens endrede informasjonsbehov underveis i bedringsfasen.

REFERANSER

- Cullberg, J. (2007) *Mennesker i krise og utvikling*. Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide H. & Eide T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eikeland A., Haugland T. & Stubberud D-G. (2010) Sykepleie ved hjertesykdommer. I: Almås H., Stubberud D-G. & Grønseth R. (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (s. 207-243) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier* Stockholm: Författarna och Bökforlaget Natur och Kultur
- Hanssen T.A., Nordrehaug J.E. & Hanestad B.R. (2005) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 4 37-44. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Jacobsen D., Kjeldsen S.E., Ingvaldsen B., Buanes T. & Røise O. (2009) *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Landsforeningen for hjerte – og lungesyke. (2004) *Å leve med hjertesykdom*. [Brosjyre]. Oslo: Landsforeningen for hjerte – og lungesyke.
- Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2011) *Å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Mæland, J.G. (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering* Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Nortvedt M.W., Jamtvedt G., Graverholt B. & Reinart L.M. (2008) *Å arbeide kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E. & Hanssen, T.A. (2006) The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (4), 303-310. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004
- Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient – og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet 18. Januar 2011 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENT*&&
- Slettebø Å. (2008) Forskningsetikk. I: B.S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (s. 207-224) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Smith J. & Liles C. (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients : a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 16 662-667. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
- Statistisk Sentralbyrå. (2011, 14. Oktober) *Flest menn dør av iskemisk hjertesykdom*. Hentet 24. Januar 2012 fra <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Timmins, F., & Kaliszer, M. (2003) Information needs of myocardial patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2 (1) 57-65. Doi: 10.1016/S1474-5151(02)0089-0

VEDLEGG 1

Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge</p> <p>Tove Aminda Hanssen, Jan Erik Nordrehaug and Berit Rokne Hanestad 2004</p>	<p>Å utforske pasienters informasjonsbehov etter akutt hjerteinfarkt i sykehus og deres behov for oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset.</p>	<p>Kvalitativ studie der data ble samlet inn ved bruk av fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble tatt opp digitalt, og alle funn ble diskutert.</p>	<p>14 deltagere. Studien fant sted 3-5 måneder etter utskrivelse fra sykehus. Aldersavgrensningen var mellom 42 og 69 år, hvorav 2 kvinner og 12 menn. En av deltakerne hadde deltatt på et 4-ukers rehabiliteringsopphold.</p>	<p>Pasientene følte at den informasjonen de fikk i sykehus var god, men ofte for generell. Tidsperspektivet og det at så mye skjedde så fort gjorde det vanskelig for pasientene å tenke gjennom og vite hvilken informasjon som var viktig for livet deres videre. Dette var noe pasientene ble oppmerksom på i etterkant av sykehusoppholdet.</p>
<p>Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive</p>	<p>Utforske pasienters behov for informasjon før utskrivelse fra sykehus når de har fått behandling for hjerteinfarkt, og om det er forskjeller i informasjonsbehovet mellom ulike aldersgrupper.</p>	<p>Kvantitativ studie. Spørreskjema med 40 spørsmål ble utformet. Undersøkelsen pågikk over 6 uker.</p>	<p>20 deltagere, 17 menn og 3 kvinner i alderen 35 til 92 år. Gjennomsnittlig liggetid i sykehuset var 4.95 dager. Deltagerne skulle ikke ha andre tilleggs diagnoser, og være engelskspråklige.</p>	<p>Alle anså informasjon om medikamenter, symptomer og komplikasjoner som de viktigste temaene i akutfasen. Minst viktige tema var informasjon angående støtte og omsorg i</p>

<p>study Jonathan Smith og Clive Liles 2007</p>				<p>samfunnet. De over 65 ønsket mer informasjon enn de under 65 år. Informasjonsbeho vet viste å endre seg underveis i sykdomsforløpet.</p>
<p>Information needs of myocardial infarction patients Fiona Timmins og Michael Kaliszer (2003)</p>	<p>Hensikten med studien var å sammenligne pasienters informasjonsbehov i sykehus etter hjerteinfarkt, og 6 uker etter sykehusoppholdet. Pasienters syn på deres informasjonsbehov ble sammenlignet med sykepleieres syn på pasientens behov for informasjon. Målet for denne studien er å utvikle et informasjonsprogram tilpasset det enkelte individ.</p>	<p>Kvantitativ studie. Data ble samlet inn ved bruk av spørreskjema. 37 tema ble presentert, der sykepleiere og pasienter rangerte dem i 5 kategorier, fra ikke-viktig til veldig viktig.</p>	<p>27 pasienter og 68 sykepleiere deltok i undersøkelsen. 18 pasienter svarte på undersøkelsen etter hjemkomst fra sykehus. Gjennomsnittsalder en hos deltakerne var 50-69 år. Deltagerne skulle ha gjennomgått et førstegangs hjerteinfarkt, være engelsktalende, og ikke ha andre lidelser samtidig.</p>	<p>Både pasienter og sykepleierne ga uttrykk for at viktigste informasjonstema var: hva man gjør hvis bryst smerter oppstår, når de skal kontakte lege, symptomer på hjerteinfarkt og hvordan man kan redusere faren for et nytt infarkt.</p>
<p>The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial</p>	<p>Å utforske forholdet mellom mottatt informasjon i sykehus hos pasienter etter akutt hjerteinfarkt, og deres tilfredshet med helsehjelpen etter</p>	<p>Kvantitativ studie. Deltagerne ble tilsendt spørreskjema 6 uker etter utskrivelse fra sykehus.</p>	<p>111 deltagere. Gjennomsnittsalder 61.6 år, flesteparten av deltagerne var menn, gift eller hadde partner, røykte, hadde deres første infarkt og var i arbeid.</p>	<p>Hovedfunn fra studien viste at pasientene var fornøyd med helsehjelpen de hadde fått. Jo mer informasjon de fikk, jo mer fornøyd var de. Det var ingen</p>

<p>infarction Oterhals K., Hanestad B.R., Eide G.E. og Hanssen T.A. (2006)</p>	<p>infarkt. Beskrive behov for forbedring av pasienters helsehjelp etter et akutt hjerteinfarkt.</p>			<p>sammenheng mellom lengden på oppholdet og informasjon som ble gitt. Yngre pasienter fikk mer informasjon enn eldre. De temaene pasientene hadde fått minst informasjon om, var også de som kunne forbedres.</p>
---	--	--	--	--

VEDLEGG 2

Søketabell

Tabell 1 – Ovid Nursing

Søk i Ovid Nursing 05.01.2012			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Myocardial infarction		6515
2	Information needs		1907
3	Hospital		23930
4	Patient discharge		6318
5	1 or 2 or 3		32010
6	1 and 2 and 3		0
7	1 and 2		28
8	1 and 2 and 4		7
9	1 and 2 and 4	2002-2012	4

Artikkelen *A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge* (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2004) ble valgt fra Ovid Nursing søk nr. 9.

Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 05.01.2012			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Myocardial infarction		22898

S2	Information		189089
S3	Information needs		17658
S4	Patient		353409
S5	Hospital discharge		11603
S6	S1 AND S2 AND S4		59
S7	S1 AND S4 AND S5		59
S8	S1 AND S3 AND S5		16
S9	S1 AND S2 AND S4	2002-2012	12

Artikkelen *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study* (Smith & Liles, 2007) ble valgt fra CINAHL søk nr. 9.

Tabell 3 – Ovid Nursing

Søk i Ovid Nursing, 05.01.12			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Myocardial infarction		6537
2	Information needs		1918
3	1 AND 2		28
4	1 AND 2	2002-2012	14

Artikkelen *Information needs of myocardial infarction patients* (Timmins & Kaliszer, 2003) ble valgt fra Ovid Nursing, søk nr.4.

Tabell 4 – CINAHL

Søk i CINAHL 02.02.2012

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Myocardial infarction		22876
S2	Coping		23306
S3	Hospital		125797
S4	Nurse		127461
S5	Information		191067
S6	Patient education		75462
S7	Communication		56283
S8	Patient discharge		15684
S9	S1 AND S2 AND S6		5
S10	S1 AND S2 AND S5		17
S11	S1 AND S6 AND S8		103
S12	S1 AND S6 AND S8	2002-2012	59
S13	S1 AND S2 AND S7		7
S14	S1 AND S3 AND S5		295
S15	S1 AND S4 AND S5		64
S16	S1 AND S4 AND S5	2002-2012	41

Artikkelen *The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after myocardial infarction*. (Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006) ble valgt fra CINAHL søk nr. S12.

